



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 2

Junio de 2016

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS OBESAS

Yareli Egrisvet Miranda García¹ y Beatriz Gómez Castillo²

Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta

RESUMEN

Frecuentemente la atención a pacientes que presentan exceso de tejido adiposo en Instituciones públicas de Salud se limita a la intervención de la medicina general y el descuido de la atención e intervención psicológica (Salud Mental) en el tratamiento integral. El presente tiene por objetivo identificar la Sintomatología de la depresión en personas obesas y a su vez, hacer uso de la información recopilada en la exploración de nuevas rutas de investigación en apertura de información respecto al tema. Para el desarrollo de este trabajo se describe el uso y aplicación del instrumento CET-DE (Alonso Fernández 1986) Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, clasificación y el seguimiento de la depresión, a 12 pacientes pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médico Familiar No. 223, que acuden a sesión de Grupo de Autoayuda SODHI para su educación en materia y control de padecimiento. Se advierte la identificación de 2 casos en los que se presume la identificación significativa (expresada en puntaje) de Sintomatología de la depresión.

Palabras clave: Obesidad, Depresión.

¹ Licenciada en Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. Correo electrónico: egrizzbeth@hotmail.com

² Doctora en investigación clínica psicoanalítica. Profesora titular de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. Correo electrónico: btychik65@hotmail.com

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OBESE PEOPLE

ABSTRACT

Often care for patients who have excess fat in public health institutions is limited to general medical intervention neglect of care and psychological intervention (Mental Health) in the comprehensive treatment. This aims to identify the symptoms of depression in obese people and in turn, make use of the information collected in exploring new avenues of research in information disclosure on the instrument CET-DE (Alonso Fernández 1986) Cuestionario Estructural Tetradsimensional para el diagnóstico, clasificación y el seguimiento de la depresión, 12 patients belonging to the Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médico Familiar No. 223, attending self-help group session SHDHI for education on and control of disease . Identifying two cases where significant identification (expressed in score) of Symptoms of depression is presumed warns.

Keywords: Obesity, Depression.

El presente constituye la construcción de la postura que refiere la existencia de un vínculo y/o relación significativa entre la obesidad y la depresión, donde esta última es descrita como una agrupación de síntomas susceptibles de valoración, mismos que con frecuencia se manifiestan de forma particular a través de la relación que establece la persona consigo mismo y posteriormente con la sociedad. Si bien el vínculo cuerpo-mente involucra al cuerpo considerando: anatomía, fisiología y emociones en una maravillosa correspondencia, esta relación a la vez se ve afectada por su contexto geográfico, hábitos alimenticios, herencia genética, estilo de vida, inactividad física, entre otros factores que coadyuvan al desarrollo (ya advertido años atrás) de esta “enfermedad de moda”. Tal como lo menciona Murray (2002), los expertos haciendo uso del conocimiento, lo disponen al servicio el bienestar colectivo, y lo que al principio eran advertencias y conjeturas, en la actualidad adquieren el rango de justificación objetiva, desde el momento en que la obesidad es delatora de una futura morbilidad, de ahí que se desprenda la necesidad de una intervención segura y eficaz.

Así mismo es bien sabido que la obesidad involucra justamente a las emociones, siendo el manejo de estas últimas ante numerosas circunstancias a las cuales se enfrenta el ser humano con cotidianidad en función de su estado anímico, componentes que con probabilidad participan en el

desencadenamiento de otros padecimientos tales como la depresión y lo que acompaña a esta. Sobre esta misma línea, hablar sobre depresión es referirse a una modificación o afectación global en la vida psíquica de la persona haciendo especial énfasis en la esfera afectiva o emocional: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida (en mayor o en menor grado), ese estado al que puede ser propenso el ser humano debido a diversos factores, en los que se ve involucrado; la historia de vida, estrategias de afrontamiento, características de la personalidad, por lo cual es entendida su aparición multifactorial.

En términos teóricos, la obesidad se define como el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica (Norma Oficial Mexicana, 2000).

De entre los factores se localizan: la inactividad asociada con dietas mal balanceadas con alto contenido calórico se relaciona con condiciones crónicas en el adulto, entre las más relevantes se asocian: enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer que aparecen en edades cada vez más tempranas (Martínez, 2005).

Con respecto a la obesidad, De Ajuriaguerra (1977), señala que la hiperfagia (es una situación caracterizada por el aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontrolada de alimentos sin razón aparente), ocupa el lugar de la agresividad y tiene un valor también simbólico: comer equivaldría a mantener la fuerza, y por tanto, la obesidad corresponde a un trastorno de la personalidad.

Mientras tanto, la depresión se define como aquel conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante estas el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales, o bien estos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones, además,

como resultado final se observa la disociación de funciones cerebrales y la ausencia de comportamiento orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990). Entonces, al proponer una relación existente entre la obesidad y la depresión, puede hablarse de problemas relacionados con la imagen corporal. Este término (imagen corporal) fue descrito por Schilder (1935), como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta (hoy sabemos que esta es subjetiva y puede ser diferente o no de la apariencia real). Se define como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales. Por otro lado, la imagen corporal de acuerdo con Zukelfeld (1996), identifica a esta como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo que se realiza a través de la forma o figura, clásicamente conocido como esquema corporal, que hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto al aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos así como el contenido, corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cinestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades, como son el registro de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, etc.), y significado, que se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar, simbolizar y de crear relaciones vinculares intersubjetivas y sociales.

MÉTODO

Participantes

Para estudiar la Identificación de la sintomatología depresiva en personas obesas a partir del uso y aplicación del instrumento CET-DE (Alonso Fernández 1986) Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión así como el formato de ENTREVISTA; la investigación fue evaluada por el Departamento de Jefatura Clínica, Departamento de Trabajo Social del Instituto Mexicano del

Seguro Social, Unidad Médico Familiar No. 223 respectivamente así como Asesores de investigación y servidora de la Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMex respectivamente. Participaron 12 pacientes diagnosticados con Obesidad ($IMC \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$) por el médico familiar correspondiente, destacando que en el momento del estudio los pacientes (forman parte del grupo) han sido canalizados previamente al Grupo de Autoayuda "Grupo SODHI" (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes e Hipertensión) para su educación en materia y control de padecimiento; pacientes cuyas edades oscilan entre los 20 y los 68 años de edad, de los cuales 6 corresponden al género masculino y 6 al género femenino, cuyo nivel académico-escolar corresponde a media superior y de nivel socioeconómico bajo. Se trata de una Muestra Probabilística, en la cual todos los pacientes que acuden a recibir atención médica en la Unidad y/o Institución tienen la misma probabilidad de ser elegidos mediante una selección aleatoria (Picks, 1994).

Instrumentos

Se utilizaron, el Instrumento CET-DE (Alonso Fernández 1986) Cuestionario Estructural Tetradiimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión Edición 1986, el cual tiene como propósito la medición de la sintomatología depresiva. Se trata de un instrumento compuesto por 63 ítems, distribuida en cuatro dimensiones autónomas:

Dimensión I, Humor Depresivo (21 ítems): refiere un estado de ánimo acompañado con frecuencia de una especie de desesperanza, anhedonia y autosubestimación ilustrada con alegorías de culpa o insuficiencia económica así como un cortejo de sentimientos corporales difusos y sobretodo localizados.

Dimensión II, Anergia (14 ítems): incluye no solo datos objetivos propios de la inhibición psicomotora sino también el modo de vivenciar y vivir la misma inhibición psicomotora, lo cual corresponde a experiencias identificadas como aburrimiento, desinterés, apatía y vaciamiento mental y en el plano corporal trastornos que van desde los datos subjetivos propios de la astenia (fatigabilidad precoz) y la adinamia (falta de energías para moverse) hasta el empobrecimiento motor vegetativo. Dimensión III, Discomunicación (14 ítems): refiere el lenguaje verbal y los medios no verbales, falta de sociabilidad reflejada en forma de empobrecimiento de la comunicación y la

metacomunicación, acompañados de abundancia de mensajes paradójicos o contradictorios (incongruencia entre el contenido y la índole racional) y se exterioriza a lo largo de la recepción y emisión jerarquizada en varios niveles: *el sensoriomotor*: disminución de la capacidad sensorial y de la motilidad expresiva, *el cognitivo o intelectual*: descenso de la capacidad de comprensión del lenguaje discursivo, *el afectivo*: bloqueo de los lazos afectivos o el desarrollo de confianza, celos, etc. y *el espacial*: alojamiento de la realidad exterior. Finalmente, la Dimensión IV, Ritmopatía (14 ítems): refiere a los ritmos biológicos y los psicológicos, los ritmos de regulación individual (ejemplo: proceso del sueño, temperatura/reguladores internos, y los de regulación psicosocial (reguladores externos/relaciones sociales). Instrumento de respuestas binarias (0 y 4, ya que 1, 2 y 3 se reservan para dudas que puedan presentarse excepcionalmente), heteroadministrativa, en un tiempo de aplicación que va de 10 a 15 minutos aproximadamente. La exposición conjunta de estas cuatro notas puede realizarse en forma de perfil o gráfica (depresograma), siempre que al menos una de las cuatro puntuaciones haya alcanzado el nivel de 32 puntos, a partir del cual se admite la probable existencia de un estado depresivo.

Así mismo el uso del Formato ENTREVISTA semiestructurada, conformada por 12 preguntas abiertas que se encuentran estrechamente relacionadas conforme al instrumento CET-DE, a fin de identificar y complementar aspectos no abordados o poco tratados en el primer instrumento, datos que resultan trascendentes en la historia de vida de cada participante, lo anterior con la finalidad de alcanzar objetivos planteados en este estudio.

Procedimiento

Una vez seleccionados los instrumentos idóneos para el desarrollo de la investigación, se solicita la autorización a Dirección, Jefatura Clínica y Departamento de Trabajo Social para llevar a cabo la aplicación de dichos instrumentos en el Grupo de Autoayuda SODHI, posteriormente se hace una revisión de los participantes del grupo candidatos a el presente estudio, se lleva a cabo de forma grupal exposición referente al estudio, se lleva a cabo de forma individual y/o particular con cada paciente (una vez elaborado el Rapport y en un ambiente privado) exposición del estudio e investigación referido,

objetivos perseguidos así como la forma de trabajo resaltando la confidencialidad de los datos proporcionados. Se procede a la aplicación del instrumento CET-DE seguido del Formato de ENTREVISTA mismos que recogen la información requerida, posteriormente se agradece a cada uno de los participantes su participación, brindando en cada una de las intervenciones orientación de acuerdo con las necesidades, esto es, se brinda orientación respecto a la importancia de la intervención terapéutica en identificación de casos en los que esta herramienta resulta primordial; así mismo se agradece a las autoridades correspondientes la posibilidad de la participación en dicha institución de salud.

La administración de los instrumentos CET-DE y formato de ENTREVISTA a los pacientes con Obesidad ($IMC \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$), cumple con las recomendaciones de la guía de administración de los autores, donde se establece la aplicación individual, objetividad, confidencialidad y aclaración a cada uno de los participantes respecto a que no hay respuestas buenas y/o correctas así como la comprensión de los ítems y/o preguntas contenidas.

Análisis Estadístico

Se parte del análisis descriptivo de la muestra, seguido de los resultados obtenidos para cada caso, haciendo análisis de las cifras resultantes que muestran la presencia y ausencia de la sintomatología de la depresión (instrumento CET-DE) correspondiente para cada caso según sus características así mismo se complementa la información resultante de la aplicación del Formato de ENTREVISTA el cual permite la descripción de forma particular de acuerdo con cada caso, vinculando la información proporcionada por los instrumentos utilizados, posteriormente se describe la información resultante de la muestra en tanto a los géneros “masculino” y “femenino” según corresponde, lo cual brinda la posibilidad de la identificación de algunas de las características predominantes según el género y las diferencias que presente uno en referencia con el otro, finalmente se describe los resultados encontrados en la muestra de forma general, esto es, las características que se localizan en tanto la población total participante.

RESULTADOS

Concluida la aplicación de herramientas de medición: CET-DE (Alonso-Fernández 1986) Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión y formato de ENTREVISTA, los resultados obtenidos se presentan de forma puntual en los Cuadros A y B: Respuestas de entrevista.

Cuadro A: Repuestas de Entrevista: Género Masculino

Respuestas de Entrevista: Género Masculino

Reactivo	Particip. 1	Particip. 3	Particip. 6	Particip. 8	Particip. 9	Particip. 10
1. Obesidad: Adquirido / innato	Adquirido	Adquirido	Innato	Adquirido	Adquirido	Adquirido
2. Edad de aparición de Obesidad	33 años	52 años	Primeros días de vida	58 años	30-35 años	30 años
3. Suceso o evento al que se atribuye	Malos hábitos	Malos hábitos	Herencia genética	Malos hábitos	Consumo de alcohol Malos hábitos	Malos hábitos
4. Dificultad en control de eso	No	No	No	No	No	Si
5. Antecedentes heredo-familiares: enfermedades crónicas	Padre: Obesidad Hermano: Diabetes	Sin registro	Padres: Obesidad	Sin registro	Sin registro	Abuela paterna, 2 tíos paternos: Diabetes
6. Percepción sobre Personas Obesas	Malos hábitos	Importancia de autocuidado	Imagen corporal por herencia	Descuido Malos hábitos	Descuido Malos hábitos	Malos hábitos y descuido
7. Percepción de Imagen corporal	Agrado por imagen corporal	Agrado por imagen corporal	Aceptación de imagen corporal	Aceptación Presento buena salud	Aceptación de imagen corporal	Aceptación de imagen corporal
8. Primeros pensamientos a inicio de día	Actividades diarias y trabajo	Trabajo Atribución a Dios	Atribución a Dios	Atribución a Dios	Atribución a Dios	Trabajo y disfrutar la vida
9. Percepción y expectativas sobre la vida	La vida es bonita	Vivir el momento	Vivir y gozar la vida	La vida es muy bonita	Vivir el momento	Vivir el momento
10. Mayor temor	Muerte	Complicaciones de salud	Morir "solo"	Peligros en hijos	Muerte "sin logros"	Complicaciones de salud
11. Enfado hacia... Motivo	No, nadie	No, nadie	No, nadie	Si, Sobrino, desacuerdo	No, nadie	No, nadie
12. Proyecto de vida	Autocuidado Vivencia con familia	Disfrutar la vida	Vivir lo más que se pueda-Dios	Cuidado Apego al tratamiento	Herencia familiar Aprendizaje	Ver crecer a hija

El género masculino, representa el 50% de la muestra. La mayoría de estos refiere que la obesidad ha sido desarrollado en etapa adulta (de entre los 30 a los 52 años de edad) atribuido principalmente a malos hábitos de alimentación,

falta de ejercicio e ingesta excesiva de alcohol, lo anterior, ha contribuido al descontrol de dicho padecimiento y este a su vez promueve otras enfermedades crónicas; se identifica un caso en el cual la obesidad ha sido identificada como rasgo innato a partir de la identificación de antecedentes hereditarios. Se describe en la población masculina el control de peso, apego y compromiso en favor de la salud, en el caso excepción este refiere presenta dificultad en control de peso. Respecto a los antecedentes de enfermedades crónicas en el 50% de la población masculina se registra Obesidad padecida en padres así como Diabetes en familiares cercanos a estos. La percepción respecto a las personas que presentan obesidad describe: malos estilos de alimentación, falta de ejercicio y descuido en su persona.

La totalidad de los participantes del género masculino indican manifestar agrado y aceptación respecto a su imagen corporal, lo cual a diferencia del género femenino, no resulta tan conflictivo este rasgo. Se identifica en la totalidad de la muestra, los primeros pensamientos respecto al día descansan en las actividades a desempeñar diariamente, especialmente en el área laboral; la totalidad de participantes atribuyen a la figura espiritual Dios el autocuidado y las actividades a desempeñar.

Respecto a las expectativas y percepción de la vida, la totalidad de los participantes describen la vida a través del calificativo “bonita” donde la importancia radica en vivir el momento, en saber vivir y disfrutarla aun con los diversos retos planteados. Se identifica su mayor temor descansa en pensamientos respecto a la muerte, complicaciones de salud, así como en el cuidado de hijos. El género masculino no presenta sentimientos de enojo y enfado respecto a alguna persona (familiar o no), y el único caso registrado afirma mantener cierto enojo desde hace un par de meses hacia su sobrino quien mantiene una relación conflictiva con su único hijo varón. Finalmente respecto al proyecto de vida la totalidad de los participantes coloca como prioridad el apego al tratamiento integral, acciones de autocuidado así como el disfrutar a su familia de la mejor forma posible.

Por otro lado, el género femenino refleja la siguiente información:

Cuadro B: Repuestas de Entrevista: Género Femenino**Respuestas de Entrevista: Género Femenino**

Reactivo	Particip. 2	Particip. 4	Particip. 5	Particip. 7	Particip. 11	Particip. 12
1. Obesidad: Adquirido / innato	Adquirido	Adquirido	Innato	Adquirido	Adquirido	Adquirido
2. Edad de aparición de Obesidad	35-36 años	Adolescencia 15 años	Primeros días de vida	22 años	30 años	32 años
3. Suceso o evento al que se atribuye	Malos hábitos	Malos hábitos	Malos hábitos	Embarazo Nacimiento 3er hijo	Matrimonio	Embarazo de 3er hijo Descuido
4. Dificultad en control de eso	Si	Si	Si	No	No	Si
5. Antecedentes heredo-familiares: enfermedades crónicas	Esposo: Diabetes Madre: Cáncer	Sin registro	Padre: Obesidad	Padre y hermano: Obesidad	Madre y Esposo: Diabetes	Madre y hermana: Hipertensión, Hermana: Diabetes, Padre y hermana: Problemas cardiacos
6. Percepción sobre Personas Obesas	Pobrecitas ... están dañadas...	Malos hábitos, estamos obesos	Se ve mejor una persona flaca que gordita	Malos hábitos, está mal no cuidarse	Pienso en mi hija, su gordura le puede hacer daño	Culpa ante salud actual e intentos fallidos de autocuidado
7. Percepción de Imagen corporal	Desagrado por imagen corporal y uso de lentes	Me gustaría cambiar mi imagen, bajar la pancita	No va de acuerdo la ropa a mi estatura	Agrado porque ya no puedo cambiarlo	Agrado por mejora de imagen corporal	Total desagrado de imagen corporal
8. Primeros pensamientos a inicio de día	Atribución a Dios	Hacer lo cotidiano (desagrado)	Aseo de casa (poco agrado)	Menú respecto al desayuno	Atribución a Dios	Constantes molestias corporales
9. Percepción y expectativas sobre la vida	La vida es hermosísima	La vida es bonita, la podemos disfrutar	La vida es bonita	Echarle ganas (solución)	Salud y cuidado de todos	Estoy aquí por algo, para servir
10. Mayor temor	Muerte Abandono de familia	Muerte de familia	Muerte	Peligros en hijos	Aborto por decisión propia (16 años)	Muerte de pareja, quedarme "sola"
11. Enfado hacia... Motivo	Tía y Tío por abuso posterior a muerte materna	No, nadie	No, nadie	No, nadie	Cuñada, por mala relación, es grosera	Sí, conmigo porque me faltan fuerzas
12. Proyección de vida	Disfrutar la vida	Superación personal, autocuidado	Seguir adelante en familia	Echarle ganas	Autocuidado o Atribución a Dios	Poder subsistir Estabilidad

En tanto al género femenino se refiere, el estudio registra: la mayoría de las participantes refiere que la obesidad ha sido un rasgo adquirido en etapa adulta (de entre los 15 a los 36 años de edad) atribuido principalmente a malos hábitos respecto a su alimentación, falta de ejercicio, y en tres de los casos, a una nueva etapa de vida, el matrimonio y en consecuencia, a su tercer

embarazo, lo cual ha contribuido al descuido personal para brindar mayor cuidado y protección a hijos, encaminando a estas participantes al descontrol de dicho padecimiento y a su vez a la aparición de otras enfermedades crónicas; dos terceras partes del género femenino advierten experimentar descontrol en su peso al considerar poco apego al tratamiento integral médico; predominan mayores antecedentes tanto de obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer y problemas cardíacos, lo cual prevé una mayor cantidad de padecimientos a los que son expuestas al ser factor de riesgo. En tanto a la percepción hacia las personas obesas, se observan comentarios respecto al desagrado o poco agrado de imagen corporal tanto en su fisionomía como a su vestimenta, lo cual empata con la inconformidad presente en la mayoría de las participantes. Finalmente en este género se identifica mayor predominio de enojo y molestia hacia figuras significativas, destacan casos de abuso de autoridad, temores y maltrato recibido por estas figuras; y en uno de los casos, enojo hacia sí mismo ante la impotencia del cumplimiento de las exigencias del medio interno y externo de su persona.

De forma general la población sugiere la aparición de la obesidad a partir elementos y sucesos con carga emocional, que conlleva a la modificación de la dinámica de vivencia, horarios de alimentación de acuerdo con su empleo o actividades desempeñadas u otros elementos de corte personal tal como embarazo, proceso de duelo resultante de la pérdida de figura de afecto, padecimientos crónicos, etc. En la mayoría de los participantes se destaca la aceptación de su imagen corporal, este elemento pudiera referir a la percepción consciente en tanto al sujeto; respecto a los temores y/o miedos actuales en los participantes el 75% de la muestra refiere que su “mayor temor” se inclina hacia los pensamientos de muerte, al fallecimiento de este o de su familia (familia: a quienes describen como “principal motor de su vida”) y al abandono de esta, lo cual es asociada con el temor a la soledad; la percepción que se tiene acerca de la Vida se muestra como positiva en la totalidad de los participantes quienes refieren acentuar su vivencia a partir de una concepción espiritual al hablar de Dios a quien se le otorga el cuidado de sus seres amados y actividades desempeñadas, se subraya en dos terceras partes de la población no se manifiesta algún enojo hacia alguna persona en especial, lo cual se presumía podía generar elementos de corte psicológico en el participante, destacando en

particular los casos, en los cuales se identifica molestia y enojo respecto a alguna figura, figuras que se perciben como agresivas y causantes de algún “dolor emocional” en algún momento de vivencia.

Bajo una visión individual, conforme a la aplicación del instrumento CET-DE, de acuerdo con cada participante deriva la siguiente información:

Cuadro C: Puntajes más altos derivados del instrumento CET-DE

Participante	Mayor puntaje Dimensión (es) CET-DE	Descripción
S. 1	17 pts.-Dimensión 4: Ritmopatía	Sujeto masculino de 38 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 2	33 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto femenino de 43 años. Presencia de síntomas de la depresión significativos.
S. 3	23.76 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto masculino de 60 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 4	13.2 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto femenino de 20 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 5	15.18 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto femenino de 54 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 6	17 pts.-Dimensión 2: Anergia	Sujeto masculino de 65 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 7	11.8 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto femenino de 60 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 8	21.12 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto masculino de 68 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 9	25.74 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto masculino de 59 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 10	21 pts.-Dimensión 2: Anergia	Sujeto masculino de 46 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 11	15.18 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto femenino de 63 años. Presencia de síntomas de la depresión no significativos.
S. 12	35 pts.-Dimensión 4: Ritmopatía 33 pts.-Dimensión 1: Humor depresivo	Sujeto femenino de 56 años. Presencia de síntomas de la depresión significativos.

 Participantes con puntajes significativos

Finalmente, se exponen datos correspondientes a aquellos casos en los cuales se ha identificado la presencia expuesta en puntaje significativo de sintomatología de la depresión:

Participante 2: Se trata de sujeto femenino de 43 años de edad, refiere la presencia de la obesidad no ha sido característica genética y fisiológica sino

desarrollada entre los 35 y los 36 años de edad atribuido al descuido personal y a los malos hábitos alimenticios, percibiendo su cuerpo como dañado y descuidado, siente desagrado por el uso de lentes debido a dificultades de visión desde sus primeros años de vida, atribuye a la figura espiritual Dios la vivencia del día a día, describe a la vida como hermosa e ideal para disfrutarla, manifiesta su mayor temor descansa en morir y abandonar a su hija, manifiesta enojo con Tía y Tío maternos por estilo de crianza así como el abuso sexual por parte del Tío iniciado como un “juego infantil” a la edad de 10 años aproximadamente lo anterior resultante del fallecimiento de la madre en etapa de infancia, suceso que no ha sido comentado a otra persona ni llevado a trabajo terapéutico, describe el disfrutar la vida como elemento continuo en la vivencia diaria, participante que conforme a los ítems de instrumento, refleja respecto al humor depresivo y forma de vivir y percibir la vida (dimensión I) puntuación significativa (33 puntos), esto es, presencia de sintomatología depresiva unidimensional, lo cual señala, que se presentan síntomas con amplia intensidad (al menos tres veces por semana): sensación de amargura, falta de alegría, llanto con facilidad, dolor o sensación molesta localizada con mayor frecuencia en cabeza, espalda, vientre y piernas, ha experimentado pensamiento suicidas en diversas ocasiones, detectando episodio con mayor intensidad hace tres años al manifestar (de forma literal) deseo intenso de “aventarme a un carro”; respecto a la dimensión II (anergia), III (discomunicación) y IV (ritmopatía) conforme a la calificación del instrumento, se descarta puntuación que refiera aparición de sintomatología depresiva significativa, esto es, muestra interés y continuidad en las actividades y las vivencias diarias, disfruta del contacto con la familia, mantiene contacto con personas conforme los diversos contextos en los cuales se desenvuelve, tiene cuidado y muestra intereses en arreglo y cuidado personal, normalidad en hábitos de sueño, apego al tratamiento y control alimenticio, se muestra activa bajo las condiciones de vivencia cotidianas, manifiesta disfrutar su día a día así como un planes y metas a futuro.

Participante 12: Se trata de sujeto femenino de 56 años de edad, señala la obesidad no ha sido característica propia de su persona sino desarrollada a partir de su tercer embarazo, esto es a la edad de 32 años aproximadamente

debido al descuido de su persona, se registran enfermedades crónicas padecidas por parte de su familia, señala poca aceptación de imagen corporal debido a que con anterioridad era delgada, manifiesta responsabilidad respecto a su salud actual, sus pensamientos al iniciar el día descansan en la pesadez del cerebro al asociar las actividades a desempeñar en el transcurso del día, percibe su estadía en la vida como una misión y parte del ciclo de la vida, en donde su deber es servir, su mayor temor descansa en quedarse sola al fallecer su pareja por complicaciones de salud, manifiesta molestia consigo misma respecto a la situación actual de vivencia, ya que se siente impotente al no poder manejar diversas situaciones, integra en su plan de vida como recurso primordial el lograr tener lo necesario para poder subsistir de manera armoniosa y estabilidad familiar. La participante habla sobre el fallecimiento de hija menos a consecuencia de un accidente automovilístico, suceso a partir del cual la percepción e interés de vida se ven afectados. De acuerdo con la aplicación del cuestionario CET-DE se concluye, se identifica sintomatología depresiva bidimensional, esto es, se registran puntuaciones de 33 y 35 puntos en las dimensiones I (humor depresivo) y IV (ritmopatía).

De forma general y conforme al instrumento de aplicación CET-DE, el cual permite el registro de sintomatología correspondiente a la depresión, aplicada a la población obesa en sus diversos niveles, se identifica:

Las puntuaciones más altas en la totalidad de la muestra descansan en la Dimensión I, la cual hace referencia al estado anímico de la persona, descrita como tristeza, dolor moral, "dolor de vivir", donde la vida le resulta compleja de manejar, acompañado con frecuencia, de una especie de desesperanza y autosubestimación ilustrada con alegorías de culpa. Así mismo, puntuaciones bajas para el resto de las dimensiones, pero sin descartar completamente la aparición de algunos de los rasgos presentes en el instrumento.

CONCLUSIONES

Cabe mencionar que el presente estudio, constituye avances en la investigación referente a la sintomatología de la depresión en personas con exceso de tejido adiposo (obesidad) al resaltar la importancia de la intervención psicológica en pacientes que presentan obesidad, lo anterior con la finalidad de

llevar a cabo la intervención integral profesional así como el alcance de los resultados deseados. En las siguientes líneas se proyectan las conclusiones de forma accesible y resumida en relación con el propósito y objetivo planteado, el cual descansa en Identificar la sintomatología de la depresión en personas obesas a partir del uso y aplicación del instrumento CET-DE y formato de ENTREVISTA:

- ✓ Los primeros pensamientos descansan en el agradecimiento a la figura Dios así como la petición en favor de las actividades a desempeñar durante su día.
- ✓ Percepción de la vida a través del calificativo “bonita”, donde la importancia radica en vivir el momento, en saber vivir y disfrutarla aun con los diversos retos planteados. Se concibe el “futuro” como el “periodo al que se le atribuye prosperidad y oportunidad para mejorar y disfrutar la vida
- ✓ El mayor temor descansa en pensamientos respecto a la muerte y complicaciones de salud.
- ✓ Se registra mayor puntuación de acuerdo con el instrumento CET-DE, en la Dimensión I: Humor depresivo, aquel estado anímico descrito como tristeza, dolor moral, “dolor de vivir”, donde la vida resulta compleja de manejar, acompañado con frecuencia de una especie de desesperanza y autosubestimación con alegorías de culpa.

Tal como fundamenta la teoría psicodinámica, la persona deprimida es típicamente su peor enemigo, y podrá inclusive servirse de esta expresión concreta al describirse a sí mismo. Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, se presenta como la complicación dramática de las depresiones serias (Mackinnon, Michels 1973).

De acuerdo con Bouchard (1998), al hablar de obesidad, en función de la masa corporal, se identifica que el género femenino presenta porcentajes (20-30%) de grasa corporal por encima de los valores considerados como normales.

Al citar a Kaplan (1987), y a otros autores, se comprueba, la obesidad es atribuida a una etiología de corte multifactorial, encabezada por interpretaciones psicodinámicas (elementos de corte psicológico y/o emocional) seguidas de malos hábitos de alimentación, falta de actividad física y factores biológicos.

Así mismo, en la totalidad de los participantes respecto a la obesidad, desencadenamiento de enfermedades subsecuentes a partir de esta, crónicas tales como la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedades de tipo psicológicas tales como la depresión, entre otras, esto es, la totalidad de los participantes padece además de Obesidad al menos una enfermedad adherida a esta, esto es respaldado teóricamente e identificado en anteriores hallazgos de investigación por el autor Martínez (2005), quien hace mención acerca de la inactividad asociada con dietas mal balanceadas de alto contenido calórico se relacionadas con condiciones crónicas del adulto, entre las más relevantes se asocian: enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer que aparecen a edades cada vez más tempranas.

El género masculino muestra menor complejidad en el control de peso. La totalidad de los participantes del género masculino manifiestan mayor agrado y aceptación de imagen corporal en contraste con el género femenino, tal como hace mención Bruch (1962), la insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como “gordo” junto con otros comportamientos alimentarios son características ampliamente prevalentes en las mujeres.

Al hablar de los factores causales psicosociales implicados en la etiología de los trastornos de la alimentación así como de los trastornos depresivos en íntima correspondencia, el papel que juegan los factores causales psicológicos es tan importante como el resto de los factores participantes. Son asociados los efectos de algunos factores psicológicos como los acontecimientos estresantes en la marcha aparición de una cascada de cambios biológicos.

Al revisar los dos casos en los que la sintomatología de la depresión se exhibe en puntuaciones significativas, se ancla dicha información con aquella con tintes teóricos. La mayoría de los acontecimientos estresantes involucrados en el origen de la depresión son la separación subsiguiente a una muerte a una pérdida está estrechamente asociada con la depresión, aunque ese tipo de

pérdidas suele también provocar otro tipo de trastornos, las amenazas graves a nuestras relaciones o a nuestro trabajo o los problemas graves de carácter económico o de salud (Kessler, 1997).

Sobre esta misma línea, se identifica entre los factores relacionados con la aparición de la sintomatología de la depresión, predisposición derivada de la adversidad y la pérdida de los padres cuando se es niño. Líneas de investigación sobre la vulnerabilidad hacia la depresión parten de las evidencias que indican que perder a un padre a una edad temprana parece hacer a ese niño más vulnerable ante la depresión (Bowlby, 1980).

Así pues, en términos generales:

A pesar de que la Secretaría de Salud interactúa con diversos sectores de la sociedad, aún se carece de una efectiva función rectora y coordinadora de las acciones en favor de la promoción y atención de la salud mental.

Existen barreras geográficas (ubicación de la Institución de Salud) y culturales (tabúes, información errónea, etc.) que dificultan la atención en favor de la salud mental a la población rural. Resulta enriquecedor desarrollar estrategias que propicien la articulación entre los contenidos y saberes médicos para ofrecer una atención integral acorde a las necesidades de la población.

Para finalizar, hacer mención que mediante el análisis exhaustivo de los resultados e información obtenida por el instrumento y en complementación con las herramientas utilizadas por el evaluador o examinador de forma individual permite el análisis focalizado de cada caso y por ende, da pauta para la intervención de acuerdo con las necesidades según sea su caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby J. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. España. Siglo veintiuno.
- Bruch G. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. México. Masson.
- Cash P., Murray M., (2002). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. México. Manual Moderno.
- Depresión (1990). En. S. Navarro. *Relación entre depresión y obesidad*. Recuperado de: <http://www.prismasa.org/estrecha-relacion-entre-depresion-y-obesidad/>
- Fernández A., 1972. *Fundamentos de psiquiatría actual*. España. Paz Montalvo.
- Fernandez A., (1995). *Manual Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión* (3a.ed). España. TEA.
- Kaplan H. (1987). *Compendio de psiquiatría*. España. Salvat.
- Kessler L., (2007). *Psicología clínica*. España. Pearson.
- Mackinnon R., Michels R., (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México. Nueva Editorial.
- Obesidad (2005). En R. Massa, A. Ajuriaguerra, J.L. Martínez. *Qué es obesidad*. Recuperado de: http://estepais.com/site/wp-content/uploads/2011/03/IndicadorObesidadM%C3%A9xico_marzo2011
- Picks S., (1994). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México. Trillas
- Schilder P., (1974). *Tratado de medicina interna*. México. Interamericana.
- Tipos de obesidad (1998). En L. Bouchard. *Tipología de la obesidad*. Recuperado de: <http://www.cmcmedicalgroup.es/obesidad/tipos-de-obesidad/>
- Zukerfeld E., (1996). *Acto Bulímico, cuerpo y la tercera tópica*. Buenos Aires. Paidós.